

## Evaluación dirigida a la familia

Nombre del menor \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre Segundo nombre

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 MM/DD/AAAA

| Familiar(es) que participa(n) en la evaluación | Otros familiares/hermanos que viven en la casa con el menor |
|--|---|
| Nombre   | Nombre  |
| Relación con el menor                          | Relación con el menor                                       |
| Nombre   | Nombre  |
| Relación con el menor                          | Relación con el menor                                       |
| Nombre   | Nombre  |
| Relación con el menor                          | Relación con el menor                                       |

Como parte de la evaluación multidisciplinaria (Multidisciplinary Evaluation, MDE) de su hijo, se le da la oportunidad de participar en una evaluación voluntaria dirigida a la familia. Su participación puede ser útil para determinar las preocupaciones, prioridades y recursos de su familia en relación con el cuidado y la mejora del desarrollo de su hijo, todo lo cual informará sobre los resultados potenciales de los servicios de intervención temprana. No es una prueba de sus competencias de crianza. La evaluación dirigida a la familia se basa en la información proporcionada por usted y su familia en una conversación personal con un miembro de su equipo de evaluación.

La evaluación dirigida a la familia también puede ayudarlo a reflexionar sobre lo que usted más necesita de los servicios de intervención temprana y de otros servicios o apoyos de la comunidad, tanto para su hijo como para su familia. Además, puede ayudarlo a usted y a su equipo del Plan Individualizado de Servicios Familiares (Individualized Family Service Plan, IFSP) a planificar su reunión del IFSP si se considera que su hijo es elegible para el Programa de Intervención Temprana (Early Intervention Program, EIP). Toda la información que comparta se mantiene privada. Usted decide qué información de la evaluación debería incluirse en el informe de la evaluación y analizarse en la reunión del IFSP.

¿Qué preguntas puedo responder antes de que tome una decisión sobre la participación en la evaluación dirigida a la familia?

---



---

Marque y firme:

- Sí, me gustaría participar en la evaluación dirigida a la familia.  
 No, no quiero participar en la evaluación dirigida a la familia.

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Tenga en cuenta:** Si el formulario de evaluación dirigida a la familia rellenable incluye la firma electrónica del padre/madre/tutor legal para dar su consentimiento a participar en la evaluación dirigida a la familia, dicha firma también debe incluir un marcador de validación de firma electrónica (disponible a través de aplicaciones como Adobe Acrobat, DocuSign, etc.) que incluya la fecha y hora de la firma en el formulario. Si ese tipo de protección no está disponible, el formulario de evaluación dirigida a la familia debe imprimirse para que el padre/madre/tutor legal pueda firmar el consentimiento la copia en papel.

Firma de la persona que administra la evaluación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

| ¿Necesita ayuda o información sobre alguno de los siguientes puntos?  | Marque Sí o No   | Describa |
|---|--|----------|
| Las necesidades de desarrollo de su hijo  | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |          |
| Información relacionada con el retraso o discapacidad de desarrollo de su hijo  | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |          |
| Vivienda, comida, ropa  | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |          |
| Encontrar empleo  | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |          |
| Teléfono, tecnología (por ej. conectividad de Internet)   | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |          |
| Encontrar un médico u otros especialistas   | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |          |
| Encontrar cuidado para niños  | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |          |
| Ayuda para que los cuidadores tengan un receso (por ej. relevo)   | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |          |
| Recursos de salud mental  | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |          |
| Lidiar con el retraso/discapacidad del desarrollo de su hijo  | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |          |
| Ayudar a los hermanos de su hijo a ajustarse a la idea de tener un hermano con un retraso/discapacidad del desarrollo | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |          |
| Equipos, suministros, servicios o dispositivos tecnológicos de apoyo (ATD)  | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |          |
| Ideas para actividades familiares/de juego en casa o en la comunidad  | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |          |
| Integrar a su hijo a la comunidad y actividades   | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |          |
| Reunirse con otras familias en su comunidad   | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |          |
| Modificar su casa para ayudar con las actividades de la vida diaria de su hijo  | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |          |
| Capacitación/educación familiar   | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |          |
| Planificar para el futuro; qué esperar  | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |          |

| ¿Cuáles son sus prioridades, recursos y preocupaciones?   | Describa |
|---|----------|
| Rutinas de vigilia/sueño (es decir, describa cómo su hijo le hace saber que está despierto. Describa las rutinas de la siesta/hora de acostarse con su hijo, ¿puede dormirse solo?)   |          |
| Rutinas de alimentación/hora de comidas (es decir, describa cómo su hijo come, bebe, le hace saber que tiene hambre, comidas favoritas, comidas que le resultan difíciles).   |          |
| Rutinas para cambiar pañales/vestirse (Describa cómo le va a su hijo con los pañales). ¿Se pone la ropa?)   |          |
| Rutinas de juego en interiores/exteriores (es decir, ¿juguetes favoritos? ¿Le gusta jugar al aire libre? Rutinas de juego habituales, ¿con quién juega?)  |          |
| Rutinas a la hora del baño (por ejemplo, describa la hora del baño con su hijo).  |          |
| Rutinas para hacer mandados/preparativos para salir (es decir, describa cómo se comporta su hijo en las salidas o durante las transiciones de una actividad a otra).  |          |
| Rutinas familiares (es decir, ¿cómo comparte tiempo su familia? ¿Qué hace su familia para divertirse?)  |          |
| Relaciones e interacciones entre padres e hijos (por ejemplo, describa cómo interactúa/juega con su hijo).  |          |
| Recursos (es decir, familia, familia extendida, iglesia, WIC, Medicaid, médicos, SSI, etc. ¿Quiénes son sus apoyos? ¿En qué programas fuera del EIP participa su familia? ¿Qué recursos le gustaría que lo ayudaran a contactar?) |          |
| ¿Existen otras prioridades, recursos o preocupaciones en relación con su hijo y su familia que no hayamos conversado? Si la respuesta es sí, descríbalos.   |          |

¿Hay alguna información de la evaluación que no quiere que se incluya en el informe de evaluación y que no se analice en su reunión del IFSP? Describa:

---



---



---

Su coordinador de servicios le dará información y recursos sobre otros programas y servicios que puedan ayudar a su familia, incluyendo los servicios fuera del programa de intervención temprana.